Z KLINIKI POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNEJ UNIWERSYTETU JAGIELL.

ETYOLOGIA WYPADNIĘCIA NARZĄDÓW PŁCIOWYCH KOBIECYCH A BADANIE GINEKOLOGICZNE

NAPISAŁ

PROF. DR ALEKSANDER ROSNER

W KRAKOWIE

W DRUKARNI C. K. UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO

POD ZARZĄDEM JÓZEFA FILIPOWSKIEGO

1916

Z KLINIKI POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNEJ UNIWERSYTETU JAGIELL.

ETYOLOGIA WYPADNIĘCIA NARZĄDÓW PŁCIOWYCH KOBIECYCH A BADANIE GINEKOLOGICZNE

NAPISAŁ

PROF. DR ALEKSANDER ROSNER

W KRAKOWIE
W DRUKARNI C. K. UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
POD ZARZĄDEM JÓZEFA FILIPOWSKIEGO
1916

Osobne odbicie z »Przeglądu lekarskiego« Nr 7, 1916.

Po przeczytaniu znakomitej pracy Halbana i Tandlera o anatomii i etyologii wypadnięć (1907) odnieśliśmy wrażenie, że rozwiązano jedno z zawiłych i ciemnych zagadnień patologii ginekologicznej w sposób nieulegający wątpliwości. Anatom i ginekolog pracowali tu pospołu i to, czegoby zapewne żaden z nich na własną rękę nie zdołał dokonać, uczynili razem, wnosząc w tę spółkę z jednej strony kunszt preparatorski i dokładność anatoma, z drugiej doświadczenie klinicysty, a z obu bystrość spostrzegania i ścisłość w wyprowadzaniu wniosków.

Z badań ich wynikł ten pewnik, że głównym czynnikiem, zabezpieczającym pochwę, macicę i pęcherz moczowy przed wypadnięciem przed szparę sromową, jest mięśniowa przepona miednicza, w której najważniejszą rolę odgrywa dźwigacz odbytu (m. levator ani). Na nim spoczywają te narządy i dopóki mięsień ten jest cały, silny i sprawny, dopóty o wypadnięciu nie może być mowy. Wszystko, co przytwierdza te narządy ku górze, na czem więc one niejako wiszą, odgrywa wedle Halbana i Tandlera podrzędną rolę. Na drugi plan więc schodzą wedle tej teoryi i więzadła (obłe, szerokie i krzyżowo-maciczne), i tkanka łączna przymaciczna, i otrzewna, i naczynia krwionośne.

Siłą, która macicę, pochwę i pęcherz stara się wyprzeć na zewnątrz, jest tłocznia brzuszna, czynna przy kaszlu, parciu i rozmaitej pracy fizycznej. Jest ona potężną i potężnego musi mieć oponenta, a takim nie są wiotkie i nienapięte więzadła, a tem mniej tkanka łączna przymaciczna, choćby nawet tu i owdzie skupiona była w zbitsze pokłady. Takim oponentem, zdolnym do stawienia czoła tłoczni brzusznej, może być zdaniem Halbana i Tandlera tylko mięsień, i to skurczony.

Na tę fizyologiczną sprawność przepony miedniczej położyli też ci badacze nacisk i stwierdzili, że istnieje współ-

czesność działania tłoczni brzusznej (kaszel, parcie) i skurczu dźwigacza odbytu, że więc przepona miednicza właśnie wtenczas kurczy się, kiedy zachodzi niebezpieczeństwo wyparcia na zewnątrz narządów, które ponad nią leżą. Istnieje też obok współczesności pewnego rodzaju współmierność pracy, która sprawia, że słabemu działaniu tłoczni odpowiada słaby skurcz dźwigacza odbytu, silnemu silny.

Przepona miednicza ma jednak tę słabą stronę, że nie zamyka całkowicie jamy brzusznej od dołu, tylko okazuje otwór, czyli szczelinę (hiatus m. levatoris s. hiatus genitalis).

Mięśnie łonowo-odbytnicze (m. pubo-rectales), stanowiące przednią część dźwigacza odbytu, przyczepiają się, jak wiadomo, do wewnętrznej powierzchni kości łonowych nieco na zewnątrz od spojenia łonowego. Przyczepy prawego i lewego mięśnia są od siebie odległe mniej więcej na $2^1/_2$ ctm; w środku tej wolnej, przyczepem mięśni nie zajętej przestrzeni leży spojenie łonowe. Od miejsca przyczepu kostnego dążą mięśnie ku tyłowi i dołowi, a więc ku kości ogonowej, przyczem okazują zbieżność, t. j. zbliżają się z obu stron ku sobie, a tuż za tylną ścianą odbytnicy łączą się ze sobą, tworząc wspólną nieparzystą płytkę. Są one tu już nizko, bo na wysokości kroczowego zgięcia odbytnicy, w którem to miejscu ściana pochwy leży najbliżej odbytnicy. Największa część wspólnej nieparzystej płytki dźwigacza odbytu leży poza odbytnicą, pomiędzy jej tylną ścianą a kością ogonową (pars retrorectalis). Niewielka ilość włókien wsuwa się jednak między odbytnicę a pochwę (pars praerectalis) i razem z pęczkami mięśnia zwieracza odbytu i głębokiego poprzecznego mięśnia krocza (m. transversus perinaei profundus) tworzy mięsne utkanie krocza.

Tak więc między prawym a lewym brzegiem mięśnia dźwigacza odbytu leży szczelina, przez którą przechodzi cewka moczowa, pochwa i odbytnica. Zdaniem Halbana i Tandlera odbytnica ma właściwie odrębny otwór w przeponie miedniczej, oddzielony od właściwej szczeliny przez włókna, leżące między pochwą a odbytnicą; ponieważ jednak tych włókien jest niedużo, przeto niewielką popełnia się pomyłkę, mówiąc o wspólnej dla tych trzech przewodów szczelinie. Wymiary tego »hiatus levatoris« wynoszą według Halbana i Tandlera z boku na bok u dziewic $2^1/_2$ ctm, u kobiet, które rodziły, 4 ctm., z przodu w tył, t. j.

od tylnej ściany spojenia łonowego do kroczowego zgięcia odbytnicy u dziewic 4 ctm., u wieloródek 5 ctm. Wynika z tego, że szczelina ta jest podłużna.

Ten przyrodzony otwór w przeponie miedniczej jest bezwątpienia »locus minoris resistentiae«; przezeń to w sprzyjających warunkach wypaść może pod wpływem działania tłoczni brzusznej pęcherz moczowy. górna część pochwy i macica, jakby przez wrota przepuklinowe. Że to się zwykle nie dzieje, zawdzięcza kobieta tej okoliczności, że wrota te są ciasne i że się wśród działania tłoczni brzusznej jeszcze więcej zwężają, i to tak z boku na bok, jak z przodu w tył. Przyczyną wypadnięcia stać się jednak może zdaniem przytoczonych badaczy niedomoga przepony, mająca swoje źródło w nadmiernej szerokości szczeliny, albo w niedowładzie mięśni, które ją ograniczają.

Doświadczenie uczy, że wypadnięcie wydarza się przeważnie u osób, które rodziły, a badania Halbana i Tandlera wykazują. że u kobiet tych poród odegrał rolę urazu, który w ten lub ów sposób zniszczył jedno lub oba ramiona mięśni, ograniczających szczelinę płciową (hiatus genitalis). I dziwić się temu nie można, jeśli się zważy, że ogromna i twarda głowa płodu musi przejść przez ciasną szczelinę, rozszerzywszy ją »ad maximum«. To rozszerzanie jest pracą niemałą. Przy każdym porodzie u pierwiastki patrzymy przecież na to zmaganie się dwóch sił, z jednej strony skurczu trzonu macicznego, wspomaganego wśród parcia przez wielki wysiłek tłoczni brzusznej, z drugiej opozycyi przepony miedniczej. Wysuwanie się i cofanie główki płodu w drugim okresie porodowym jest właśnie tej walki wyrazem i znakiem widomym. Walka jest jednak nierówna; przeciw jednemu mięśniowi zmobilizowana jest ogromna siła sprzymierzonej macicy i tłoczni, przeto dźwigacz odbytu uledz w tej walce musi; szczelina musi się rozciągnąć tak, żeby dziecko przejść mogło, lub mięsień zostanie przerwany, albo od swojego przyczepu przy spojeniu oddarty. Mięsień rozciągnięty powróci zapewne do swojej dawnej sprawności; zniszczony — nie zdoła już nigdy odzyskać swojej poprzedniej władzy, i te właśnie kobiety narażone będą na wypadnięcie pochwy i macicy. Rzeczą jest jasną, że szybkie i brutalne przeciągnięcie płodu przez szczelinę przepony przy ekstrakcyi ręcznej za nóżki lub kleszczami w wyższym stopniu naraża całość mięśnia, niż długi i mozolny poród siłami natury.

Macica wypada jednak niekiedy i u kobiet, które nie rodziły, a nawet u dziewic i noworodków. Przyczyną może być wówczas niedokształt mięśnia przepony, jego niedowład lub porażenie. Najwybitniej objawia się to u noworodków, u których wypadnięcie macicy kombinuje się nieomal zawsze z rozszczepieniem kręgosłupa (spina bifida), a co za tem idzie, z porażeniem i zwyrodnieniem mięsnej przepony miedniczej. Wykazali to dowodnie Bürger i Graf w przypadkach sekcyjnych, a Radwańska stwierdziła porażenie, względnie zanik tego mięśnia u noworodka przez badanie przez odbytnicę podczas krzyku dziecka. U dorosłych dziewic i kobiet, które nie rodziły, wchodzi w grę, zdaniem Halbana i Tandlera, albo wrodzony słaby rozwój tego mięśnia, albo inna jakaś jego niedomoga.

Zatrzymałem się dłużej nad głoszoną przez Halbana i Tandlera nauką, a przecież poruszyłem tylko rzeczy zasadnicze, pomijając liczne i ważne szczegóły.

Teorya wiedeńskich badaczy wywołała żywą opozycyę w Berlinie. E. Martin, oparłszy się na szczegółowych i bardzo skrzętnych anatomicznych badaniach tkanki łącznej i powięzi miedniczych, wygłosił zdanie, że dla statyki narządów płciowych mają one znacznie większe znaczenie, niż mięsna przepona, i że ich zniszczenie lub niedokształcenie, a nie przedarcie mięśni, powoduje zmiany w położeniu pęcherza, pochwy i macicy. Teorya E. Martina, poparta powagą Bumma, znalazła zwolenników i przez czas pewien byliśmy świadkami walki tych dwóch obozów, z których jeden (wiedeński) widział w podparciu narządów płciowych od dołu ich zabezpieczenie przed wypadnięciem, drugi (berliński) głosił zdanie, że rozstrzygającym czynnikiem jest ich zawieszenie za pośrednictwem tkanek mniej lub więcej jędrnych. Z teoryi berlińskiej i ze znakomitych preparatów Martina odniosła nauka wielką korzyść, gdyż okazało się, że oba wymienione czynniki są ważne i że dla niektórych zmian w położeniu, n. p. dla odosobnionego obniżenia pęcherza, niedomoga przyrządu powięziowego wielkie, jeśli nie wyłączne ma znaczenie. Niemniej jednak zapatrywania Halbana i Tandlera ostały się w zupełności i dziś z pewnością nikt nie wątpi, że główną przyczyną wypadnięć jest niedomoga przepony miedniczej.

Z nowej tej nauki skorzystało w pierwszym rzędzie leczenie operacyjne. Zwężenie szczeliny w przeponie przez zeszycie mięśni (myorrhaphia levatorum ani) stało się nie-

zbędnym i najważniejszym aktem zabiegu krwawego, leczącego wypadnięcie pochwy i macicy. Jego zaprzeczyć się nie dająca skuteczność, z jaką zabezpiecza przed nawrotem cierpienia, przemawia wymowniej, niż wywody teoretyczne, za słusznością zapatrywań szkoły wiedeńskiej. Jest ona tak wybitna, że i Martin zeszycie to zaleca, a jeśli przytem nie mówi o szwie mięśniowym, tylko o zespojeniu powięzi, która mięsień obejmuje i z nim nierozdzielną tworzy całość, to w istocie czyni to samo, co wszyscy, którzy szczelinę w przeponie operacyjnie zwężają

Zachodzi teraz pytanie, czy wielki przewrót, spowodowany w naszych pojęciach o znaczeniu przepony miedniczej dla statyki narządów płciowych kobiecych, wywarł jakikolwiek wpływ na tok zwykłego, codziennego badania ginekologicznego i czy powinien był wpływ ten wywrzeć. Rozważaniom tej kwestyi chciałbym właśnie uwagi niniejsze poświęcić.

Aczkolwiek od dawna przed pracą wiedeńskich badaczy czyniono spostrzeżenia nad przeponą miedniczą i jej szczeliną i niejedną dobrą pracę na ten temat napisano, niemniej nigdy badanie tych szczegółów nie należało do codziennego »status praesens« ginekologicznego. Nikt z nas przecież po najdokładniejszem zbadaniu kobiety nie wiedział, czy dźwigacz odbytu jest u niej silnie, czy słabo rozwinięty, cały, czy przedarty, czy zdolny jest do silnego skurczu i do należytego zamknięcia miednicy, czy jednem słowem ma pełną swoją wartość. I nie jest to dziwnem, gdyż o potrzebie i znaczeniu tego mięśnia niewiele wiedzieliśmy. Od czasu ogłoszenia badań Halbana i Tandlera upłynęło jednak dziewięć lat, a to pomijanie w »status praesens« badania przepony i jej szczeliny nie uległo żadnej zmianie. Zapewne tam, gdzie jest wypadnięcie i gdzie klinicysta stwarza sobie plan operacyjny, tam szuka brzegów mięśnia dźwigacza i jego kurczliwość i siłę bada, nie czyni tego jednak u innych kobiet. Najlepszym dowodem tego są nowe podręczniki ginekologii. W jednym z nich, wydanym w r. 1913 przez Mengego i Opitza, napisał Sellheim znakomity ustęp o badaniu ginekologicznem. W pracy tej podziwiać należy dokładność, z jaką autor omawia wszystkie szczegóły; brak tylko wzmianki o sposobach badania mięsnej przepony. A przecież właśnie Sellheima uważać musimy za jednego z najlepszych znawców tej sprawy, gdyż zawdzięczamy mu szereg doskonałych prac o anato-

mii i fizyologii dna miednicy. Pracował również nad tem i autor podręcznika Menge, a z kliniki Opitza wyszła w ostatnich czasach bardzo dobra praca Jaschkego, omawiająca ten sam temat.

Z zestawienia tych faktów, że wymienieni klinicyści szczegółowo badają w przypadkach wypadnięć przeponę, a tego badania »na codzień« nie zalecają, należy wnosić, że uważają je za potrzebne tylko tam, gdzie prawdopodobną jest jej zmiana chorobowa. Nie wiem naturalnie, czy tosamo stanowisko zajmują wszyscy klinicyści, gdyż w obszernej literaturze tego przedmiotu mogłem odnośne uwagi przeoczyć; w każdym razie jednak uważam to stanowisko za błędne, gdyż sądzę, że tylko ten potrafi ocenić stan patologiczny, kto wie, jak się rzecz przedstawia w warunkach prawidłowych. Szczególnie tu, gdzie chodzi o stwierdzenie sprawności narządu mięśniowego, nawet i najbystrzejszy badacz, jeśli nie przyzwyczaił się do tego rodzaju badań, nie pozna, co leży w granicach różnic indywidualnych, a co wkracza w dziedzinę nieprawidłowości. A nadto chodzi tu jeszcze o coś innego. Po uszkodzeniu narządu mięśniowego przepony nie wypadają narządy płciowe odrazu. Nawet najgorętsi zwolennicy nauki Halbana i Tandlera przyznają, że tkanki i powięzie, którym Martin i Bumm przypisują zasadnicze znaczenie, są zdolne przez pewien czas utrzymać te narządy w prawidłowem położeniu, zwłaszcza jeśli tłocznia brzuszna nie działa za często i za silnie. Zdarza się nieraz, że stan przepony miedniczej jest już ostatecznie zły, a następstwa w postaci obniżenia jeszcze się nie objawiły. Szczególnie często trafiać się to będzie w kilka miesięcy po porodzie, który stał się urazem dla przepony. Jeśli nie badamy z zasady u każdej chorej szerokości szczeliny płciowej (hiatus genitalis), to ani nie rozpoznamy na czas defektu przepony, ani, co za tem idzie, nie zdołamy na czas zapobiedz następstwom.

Nie ulega więc dla mnie wątpliwości, że badanie stanu przepony miedniczej i szerokości jej szczeliny stanowić powinno część składową każdego dokładnego »status praesens« ginekologicznego.

Jak badanie to należy przeprowadzać? Chcąc odpowiedzieć na to pytanie, musimy sobie jasno zdać sprawę z tego, czego właściwie dowiedzieć się chcemy. Otóż, zdaniem mojem, powinniśmy przekonać się 1) jak wyczuwa

się w stanie spoczynku przednia część dźwigacza odbytu, to jest właśnie ta, która stanowi brzegi szczeliny; 2) jak przedstawia się ten mięsień w stanie skurczu i to a) wówczas, kiedy pracuje zgodnie ze swoją nazwą, jako dźwigacz odbytu i b) wówczas, kiedy odruchowo zwęża szczelinę płciową.

Ad 1). Wymacanie mięśnia, o który chodzi, w stanie rozkurczu niezawsze jest łatwe. Wystrzegać się przytem trzeba pomyłki i nie obmacywać mięśnia, który wyraźnie czasem zarysowuje się, ale który leży znacznie niżej, t. j. mięśnia opuszkowojamistego (m. bulbocavernosus). Chcąc znaleść brzeg dźwigacza odbytu, trzeba wsunąć palec do pochwy na głębokość mniej więcej $^1/_3$ części tego przewodu i uciskając boczną ścianę, szukać nieznacznego oporu, jaki brzeg tego mięśnia stanowi. Wykonywa się przytem palcem ruch od wejścia ku sklepieniom i z powrotem, a wówczas czuje się, szczególnie u kobiet, które nie rodziły, że na pewnej wysokości pochwy znajduje się opór, ponad i popod którym boczna ściana pochwy da się swobodniej ku bocznej ścianie miednicy ucisnąć. Opór ten da się śledzić u leżącej na wznak kobiety ku górze, t. j. ku spojeniu łonowemu, i ku dołowi, t. j. ku odbytnicy. U wieloródek nie wyczuwamy czasem tego mięśnia wcale, lub niewyraźnie. Im większą ma się wprawę, tem rzadziej miewa się ujemny wynik.

Ważnem jest obmacać brzeg dźwigacza odbytu po obu stronach i nie przesuwając go na zewnątrz, ocenić w przybliżeniu szerokość ograniczonej przez niego szczeliny. Oznaczenie długości tej szczeliny, t. j. odległości od spojenia do ściany odbytnicy w okolicy kroczowego zgięcia odbytnicy, jest jeszcze trudniejsze. Wypełnienie kiszki kałem uniemożliwia to w zupełności, gdyż wówczas przednia ściana odbytnicy wypuklona jest ku spojeniu.

Ad 2) Daleko ważniejsze jest badanie dźwigacza odbytu w skurczu. Podzieliłem tę część zadania na dwie części, gdyż tego wymaga podwójna czynność badanego mięśnia. Dźwigacz odbytu odgrywa ważną rolę przy defekacyi i bezwątpienia podnoszenie odbytnicy na słupie wypieranego na zewnątrz kału, jest jego zasadniczym, a w każdym razie genetycznie starszym zakresem działania. Drugie jego zadanie, i to właśnie to, które nas tu najwięcej zajmuje, polega na odruchowem zamykaniu dna miednicy, a więc na obronie przed wypukleniem go przez tłocznię brzuszną,

a przez to zapewnieniu statyki narządom, które leżą w dolnej części brzucha, jak pęcherz i macica. U stworzenia, chodzącego na dwóch nogach, jak człowiek, u którego więc sam ciężar tych narządów skierowuje je ku dnu miednicy i poprzed nią, jest to zadanie dźwigacza odbytu znacznie ważniejsze, niż u czworonogów. Zadaniu temu, które nazwaćbyśmy mogli, używając języka urzędowego, »poruczonym zakresem działania«, może mięsień tylko wówczas sprostać, jeśli na każde działanie tłoczni odpowiada niezawodnie oponującym skurczem. Jest to działanie od woli niezależne.

Skurcz dźwigacza przy badaniu ginekologicznem wywoływano w rozmaity sposób. Najczęściej polecano wykonywać ruch, który Thure Brandt w swojej gimnastyce nazwał »knipning«. Kobieta, leżąca na wznak, unosi krzyże nieco ku górze, poczem forsownie zamyka i wciąga w górę otwór stolcowy tak, jakby się broniła przed wyjściem na zewnątrz gazów lub stolca. I bez podnoszenia krzyżów można przez samo polecenie silnego zamknięcia otworu stolcowego skurcz ten wywołać.

Do Thure-Brandtowskiej gimnastyki należą też dwa inne ruchy, które wprawiają w skurcz przeponę miedniczą: 1) b i e r n e rozsuwanie i przybliżanie do siebie kolan wśród czynnej opozycyi ze strony chorej i 2) odwrotnie: c z y n n e rozchylanie i zbliżanie do siebie kolan, wykonywane przez chorą wśród oporu ze strony lekarza.

Chora leży przytem na wznak, zgina zbliżone do siebie kolanami kończyny dolne i podnosi krzyże nieco ku górze, poczem lekarz kładzie swoje dłonie na w e w n ę t r z n ą powierzchnię kolan i oddala te kolana od siebie siłą. Kiedy kolana są dość znacznie od siebie oddalone, chora wprawia w ruch mięśnie przywodzące i usiłuje kolana do siebie zbliżyć, czemu znowu przeszkadzają ręce lekarza. Przy innem ćwiczeniu kładzie lekarz ręce na z e w n ę t r z n e powierzchnie kolan, które są od siebie oddalone i siłą wśród oporu chorej zbliża je do siebie. Po zbliżeniu ich chora stara się je siłą rozchylić, czemu znów przeszkadza lekarz. Wedle niemieckiej nomenklatury Thure-Brandta nazywają się te ruchy: »Halbkrummliegend Knieteilung und Kniezusammendrückung unter Kreuzhebung«. Wśród tych ruchów kurczy się istotnie silnie przepona miednicza. Jeśli się chce skurcz ten badać, a przy braku osoby trzeciej niema się obu rąk do dyspozycyi, należy się ograniczyć do

»Kniezusammendrückung«, przyczem z jednej strony działa wolna ręka lekarza, z drugiej jego tułów.

Badano skurcz przepony i w inny sposób, a mianowicie polecano chorej przeć lub kaszleć Dla dokładności dodaję, że Martin badał kurczliwość przy stosowaniu prądu stałego.

Istnieje poza tem ruch, przy którym przepona miednicza popada odruchowo w skurcz, ruch, którego, o ile wiem, nie zalecano dotąd w celu badania sprawności przepony. Jest nim usiłowane podniesienie się z położenia na wznak, i to bez pomocy rąk, a więc ten sam ruch, który pozwala nam ocenić, czy i o ile mięśnie proste brzucha są w rozstępie. Badanie rozstępu mięśni prostych i szczeliny między dźwigaczami odbytu odbywa się wtedy równocześnie. I tu i tam wybadanie mięśni w spoczynku może być trudnem; przez współczesność pracy popadają one równocześnie w skurcz i pozwalają się doskonale obmacać.

Te różne sposoby badania różną też mają wartość praktyczną. Zalecane dla ćwiczeń gimnastycznych przez Thure-Brandta ruchy kończynami trudno zastosować w celu badania, jeśli się nie rozporządza asystencyą; kaszel wywołuje skurcze tak krótkotrwałe, że trudno poczynić potrzebne spostrzeżenia nad szerokością i długością szczeliny, oraz nad ewentualnem uszkodzeniem mięśni; parcie często nie daje wyników, gdyż chora ruch ten z różnych przyczyn zwykła wykonywać słabo, co też wobec współmierności skurczu tłoczni i przepony powoduje słaby, czasem wprost trudny do zauważenia skurcz przepony.

Doskonałym natomiast ruchem jest Thure-Brandta »Knipning« z podniesieniem krzyżów lub bez niego. Nie radzę, mimo to, ograniczać się do tego sposobu badania, gdyż może nas ono pouczyć co najwyżej o tem, jak szeroka jest szczelina wśród skurczu i jak silny jest mięsień, nigdy jednak nie odpowie nam na to pytanie, czy nie zachodzi w danym przypadku wada unerwienia i czy istnieje współczesność i współmierność skurczu dźwigacza odbytu i tłoczni brzusznej. »Knipning« wyjaśnia nam, jak działa ten mięsień, wprawiony wolą w ruch, jako istotny »dźwigacz odbytu«, a my przecież chcemy go poznać, jako »zwieracza miednicy«, (»sphincter pelvis« Schultz), a więc wtedy, kiedy pracuje odruchowo »w poruczonym zakresie działania«. Zauważyć przytem muszę, że mam podstawy do przypuszczenia, że nawet silny i przy »Knipning« ener-

gicznie pracujący mięsień, może nie działać wcale odruchowo i że w tej jego wadzie czynnościowej może leżeć przyczyna wypadnięcia macicy u kobiety, która nie rodziła.

Dla badania odruchowej pracy dźwigacza odbytu najodpowiedniejszym jest ruch, o którym wyżej mówiłem, t. j. usiłowane podniesienie się z pozycyi leżącej w siedzącą bez pomocy kończyn górnych. Ruch ten wymaga długiego i dużego wysiłku tłoczni brzusznej, powoduje więc silny i długotrwały skurcz przepony miedniczej, wśród którego możemy swobodnie ocenić wszystko, o co nam chodzi.

Konkluduję więc: wśród badania ginekologicznego trzeba: 1) obmacać mięsień w spoczynku, 2) zbadać jego zdolność do celowego skurczu podczas »Knipning«, 3) ocenić jego zdolność do odruchowego skurczu przy podnoszeniu się z pozycyi leżącej.

Pozostaje do omówienia pytanie, czy przeponę miedniczą należy badać palcem, leżącym w pochwie, czy w odbytnicy.

Badanie przez pochwę jest do tego celu wystarczające i dla chorej mniej przykre. Z pewnością niektóre szczegóły, jak n. p. stan płytki mięśniowej, rozpiętej poza odbytnicą, łatwiej jest ocenić przez odbytnicę, o to jednak zwykle nie chodzi; w codziennych przypadkach zajmuje nas raczej stan brzegów mięśniowych, obejmujących pochwę i przednich zakończeń mięśnia przy kościach łonowych, co przez pochwę dobrze stwierdzić można. Palec, leżący w pochwie i zwrócony opuszką ku tyłowi, wyczuwa zresztą wśród skurczu doskonale tylną, pozaodbytniczą część mięśnia, o ile kiszka nie jest przepełniona kałem. Badanie palcem, skierowanym ku tyłowi, jest nadto niezbędne dla oznaczenia długości szczeliny z przodu w tył. W przypadkach, w których mięsień działa silnie, szczególnie u kobiet, które nie rodziły, odbytnica zbliża się wśród skurczu mięśnia wybitnie ku spojeniu i przesuwa też w tym kierunku pochwę, co sprawia, że pochwa zagina się, tworząc na ograniczonej przestrzeni wypuklenie, zwane »wzgórkiem pochwy« (promontorium vaginae).

Wszystkie te interesujące szczegóły wybadać można, poświęciwszy na to nie więcej, jak minutę czasu. Dają nam one doskonałe pojęcie o anatomii i fizyologii tego ważnego mięśnia, który, wziąwszy na siebie pracę przeciwdziałania wielekroć silniejszej od siebie tłoczni brzusznej, zabezpiecza

kobietę przed przykrą ułomnością, jaką jest wypadnięcie macicy.

Od czasu, kiedy Schultze nauczył nas badać oburęcznie, badanie ginekologiczne nie uległo zasadniczej zmianie dlatego, że zadanie jego — zbadania macicy i jej przydatków, pozostało temsamem, jakiem było za czasów Schultzego. A przecież zwykłe badanie przez pochwę dostarczyć nam może i innych ważnych danych, n. p. co do moczowodów lub co do mięsnej przepony miedniczej. W tym ostatnim kierunku powinno też być badanie przez pochwę rozszerzone, i to w każdym przypadku, a nietylko u chorych z wypadnięciem macicy.

Piśmiennictwo. 1) Adolph: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. t. XXX, str. 320. — 2) Bürger: Arch. f. Gyn. l. 73. — 3) Bumm: Centr. f. Gyn. 1910, str. 783. — 4) Cluzau: Thèse de Bordeaux, 1909. — 5) Delanglode: Annal. de gyn. et d'obst. 1907. — 6) v. Franqué: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. l. XXXIII, str. 571 — 7) Graf: Monats. f. Geb. u. Gyn. XXXIV, nr. 6. — 8) Guinsbourg: Thèse de Paris 1908. — 9) Halban Tandler: Anat. u. Aetiol. der Genitalprolapse, 1907. — 10) Halban: Zentr. f. Gyn. 1913, str. 858. — 11) Hartings Tweedy: Journ. of Obst. and Gynek. 1912, March. — 12) Van der Hoeven: ref. Centr. f. Gyn. 1910, str. 742. — 13) Jaschke: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. t. 74, str. 678. — 14) Krönig: Arch. f. Gyn. l. 92, str. 83. — 15) Latzko: Centr. f. Gyn. 1913, str. 858. — 16) Martin E.: — 17) Martin: Centr. f. Gyn. 1910, str. 735. — 18) Nebesky: Arch. f. Gyn. 87, str. 497. — 19) Pankow: Zentr. f. Gynaek. 1909, str. 1015. — 20) Piquaud et Renaud: Rev. de gynec. et de chir. 1908, nr. 1. — 21) Radwańska: Przegl. lek. 1916, nr. 2. — 22) Rosenthal: Berl. klin. Woch. 1911, nr. 25. — 23) Reclus: Gazette des hopitaux 1908, nr. 30. — 24) Schultz: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. XXXVIII, str. 681. — 25) Sellheim: Monats. f. Geb. u. Gyn. XXXVI, str. 141. — 26) Thure-Brandt: Behandlung weiblicher Geschlechtskrankheiten, Berlin 1891. — 27) Victor Caesar: Inaug. Diss. Freiburg 1910. — 28) Wagner: Zentr. f. Gyn. 1912, str. 917.